

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

241

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DUMEIGNIL

Né le 11 Février 1928, à CLICHY (Seine)

Présentée et soutenue publiquement, le 1956

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES LÉSIONS CUTANÉES
PAR L'ABRASION SUPERFICIELLE

Président : Monsieur le Professeur DEGOS

WILLAUME-EGRET
Saint-Germain-lès-Corbeil
(Seine-et-Oise)

1956

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Nom du candidat. DUMEIGNIL

Prénom..... Jean

Date de la soutenance

Numéro d'ordre

1

DUMEIGNIL Jean
Contribution à l'étude du traitement des lésions cutanées par l'abrasion superficielle.
PARIS, Imprimé In-4°, 48 p.
Thèse Médicale, Paris 1956
N°
Editeur WILLAUME-EGRET, 1956

2

DUMEIGNIL Jean
Contribution à l'étude du traitement des lésions cutanées par l'abrasion superficielle.
PARIS, Imprimé In-4°, 48 p.
Thèse Médicale, Paris 1956
N°
Editeur WILLAUME-EGRET, 1956

3

DUMEIGNIL Jean
Contribution à l'étude du traitement des lésions cutanées par l'abrasion superficielle.
PARIS, Imprimé In-4°, 48 p.
Thèse Médicale, Paris 1956
N°
Editeur WILLAUME-EGRET, 1956

4

DUMEIGNIL Jean
Contribution à l'étude du traitement des lésions cutanées par l'abrasion superficielle.
PARIS, Imprimé In-4°, 48 p.
Thèse Médicale, Paris 1956
N°
Editeur WILLAUME-EGRET, 1956



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552418_0050

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DUMEIGNIL

Né le 11 Février 1928, à CLICHY (Seine)

Présentée et soutenue publiquement, le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES LÉSIONS CUTANÉES
PAR L'ABRASION SUPERFICIELLE**

Président : Monsieur le Professeur DEGOS

WILLAUME-EGRET
Saint-Germain-lès-Corbeil
(Seine-et-Oise)

1956

UNIVERSITEIT VAN LEIDEN

THESE

DOCTORAT EN MEDICINE

DE WETENSCAPEN

DE FYSICA

DE WETENSCAPEN



CONTRIBUTIO AD SCIENTIAM

DE FYSICA

DE WETENSCAPEN

DE WETENSCAPEN

Doyen honoraire : M. BAUDOUIN

Professeurs honoraires :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, DELBET, GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

Doyen Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur Jean VERNE

I. — *PROFESSEURS :*

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (R.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	N...
Cliniques chirurgicales :	
Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Broussais	GAUDART D'ALLAINES (F. de)
Salpêtrière	MONDOR (H.)
Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et ortho- pédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'ortho- pédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire ..	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux.	ALAJOUANINE (T.)

MM.

Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques médicales :	
Hôtel-Dieu	BÉNARD (H.)
Bichat	LAROCHE (G.)
Cochin	MOREAU (R.)
Broussais	GENNES (L. de)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT
Cliniques obstétricales :	
Tarnier.....	LANTUÉJOUL (P.)
Baudelocque	LÉVY-SOLAL (E.)
Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile.....	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique	LAMY (M.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie..	N...
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et Clinique de la première enfance.	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée ...	LENEGRE (J.)

MM.

Pathologie humorale et Immunologie expérimentale	MERKLEN (P.)
Pathologie médicale.....	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales ...	GARCIN (R.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS ET AGRÉGÉS

MM.

Anatomie.....	N...
—	DEBEYRE (J.)
—	DELMAS (A.), Pr s. ch.
Anatomie pathologique	N...
— —	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.), Pr s. ch.
— —	BUSSER (F.)
— —	GOUYGOU (C.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
—	NEVOT (A.)
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F.)
Chimie médicale	ETTORI (J.), Pr s. ch.
—	JAYLE (M.-F.), Pr s. ch.
—	SCHAPIRA (G.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Histologie	BULLIARD (H.), Pr s. ch.
—	COUJARD (R.)
—	N...
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	BOYER (J.)
—	DEPARIS (M.), Pr s. ch.
Médecine légale et du Travail	DEROBERT (L.), Pr s. ch.
— —	GAULTIER (J.)
— —	HADENGUE (A.)

MM.

Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	GRASSET (J.)
—	LEPAGE (F.)
—	MAYER (M.)
—	MERGER (R.)
—	MORIN (P.)
—	RAVINA (J.)
—	VARANGOT (J.)
Ophthalmologie	OFFRET (G.)
—	DESVIGNES (P.)
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN (E.), Pr s. ch.
— —	AUBRY (M.)
— —	MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.)
— —	BAUMANN (J.)
— —	GOSSET (J.)
— —	HUGUIER (J.)
— —	LAURENCE (G.)
— —	LÉGER (L.)
— —	LORTAT-JACOB (J.)
— —	OLIVIER (Cl.)
— —	PADOVANI (P.)
— —	POILLEUX (M.)
— —	ROUX (M.)
— —	RUDLER (J.-C.)
— —	VERNE (J.-M.)
Pathologie médicale	BERNARD (J.)
— —	BOUDIN (G.)
— —	CASTAIGNE (P.)
— —	CONTE (M.)
— —	DECOURT (J.)
— —	DOMART (A.)
— —	DREYFUS (Gilbert)
— —	FAUVERT (R.)
— —	HAMBURGER (J.)
— —	KOURILSKY (R.)
— —	LAMOTTE (M.)
— —	LAROCHE (G.)

MM.

Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
— —	PÉQUIGNOT (H.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	RAMBERT (P.)
— —	THIEFFRY (S.)
— —	TURIAF (J.)
Pédiatrie	JOSEPH (R.)
—	LAPLANE (R.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle}), Pr s. ch.
—	CHEYMOL (J.-H.), Pr s. ch.
Physiologie	BARGETON (D.), Pr s. ch.
—	PARROT (J.-L.)
Physique médicale	DJOURNO (A.), Pr s. ch.
— —	GOUGEROT (L.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	CERNEA (P.)
—	CHAPUT (M ^{me} A.)
Thérapeutique	PERRAULT, chargé d'enseignement.
Urologie	KUSS (R.)
Orthopédie	JUDET (R.)

III. — *PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS*
RAPPELÉS A L'EXERCICE
 (pour le service des examens)

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV. — *PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS*
CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 à titre permanent

MM.

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.)
— —	PATEL (J.)
— —	SICARD (A.)
Clinique médicale	BROUET (G.)
— —	CACHERA (R.)
— —	HAGUENAU (M.), Pr s. ch.
— —	MARCHAL (G.)
— —	SOULIÉ (E.)

MM.

Clinique obstétricale	ECALLE (G.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

<i>Secrétaire Général de la Faculté</i>	M. MOREL (J.)
<i>Secrétaire</i>	M ^{lle} CHAINTREUIL (G.)

<i>Bibliothécaire en chef</i>	D ^r HAHN (A.)
<i>Conservateur</i>	M ^{lle} GOICHON
<i>Bibliothécaires</i>	M ^{lles} DUMAITRE (P.)
—	LE NOIR (G.)
—	METIN (F.)
—	QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Ils ont accepté pour moi de nombreux sacrifices. Qu'ils
trouvent ici un faible témoignage de ma reconnaissance.*

A MA FEMME

Qui a su m'aider dans ma tâche.

A MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEGOS

Professeur de Clinique à la Faculté

Médecin des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de ma reconnaissance et
de mon profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDE DUFOURMENTEL

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il nous a inspiré dans l'élaboration de cette thèse avec
une grande bienveillance.*

*Qu'il nous permette de lui adresser ici l'hommage de
notre respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur GUY LAROCHE

Monsieur le Professeur BROcq

Monsieur le Professeur A. SICARD

Monsieur le Docteur RAVINA

Monsieur le Docteur BENDA

Monsieur le Docteur DESNOYER

Monsieur le Docteur DUFOURMENTEL

Monsieur le Professeur MOLARET

Monsieur le Professeur R. DEGOS

Monsieur le Professeur AUBRY

Monsieur le Docteur LOEPER

Monsieur le Professeur ALAJOUANINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES LÉSIONS CUTANÉES
PAR
L'ABRASION SUPERFICIELLE

INTRODUCTION

L'abrasion cutanée superficielle est une méthode relativement nouvelle qui vise au traitement d'un certain nombre de lésions cutanées.

Son développement a été rapide, et elle est maintenant entrée dans le cadre des traitements dermatologiques courants.

Ses applications chirurgicales sont fréquentes également, et les cicatrices, les tatouages traumatiques sont parmi les lésions qui bénéficient de son application.

Nous avons eu l'occasion de l'appliquer un certain nombre de fois à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis, sous la direction du Docteur Claude DUFOUR-MENTEL.

La technique, les indications et les résultats de cette thérapeutique font l'objet de ce travail à l'occasion de vingt-six observations récentes.

HISTORIQUE

C'est en 1947 que P.C. IVERSON, frappé par le nombre de militaires américains porteurs de cicatrices vicieuses ou de pigmentations traumatiques du corps et surtout du visage, s'efforça d'y remédier par l'abrasion superficielle au papier de verre.

En 1950, J.E. SHEEMAN et W.A. SWANKER utilisent le même principe mais avec quelques variantes.

En 1952, M. F. VERDIER, à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service du Professeur DEGOS, traite les angiômes plans par scléro-grattage.

Ces différentes techniques furent reprises et complétées par Léon DUFOURMENTEL puis par M. Ch. GRUPPER.

En 1953, KUSTIN, aux U. S. A., entreprit « un traitement correctif des lésions cutanées » sur une grande échelle.

Le Docteur Claude DUFOURMENTEL reprit cette méthode en utilisant essentiellement le papier de verre taillé en pastilles de diamètres différents, montées sur un tour électrique semblable à celui qu'utilisent les dentistes.

PRINCIPE DE LA MÉTHODE

Quelle que soit la technique utilisée pour le ponçage, le principe reste le même ; il consiste en une abrasion de l'épiderme et des couches dermiques les plus superficielles. Il est toutefois nécessaire, parfois, de poncer plus profondément en veillant cependant à respecter les follicules pileux, les acini des glandes sébacées et sudoripares.

La cicatrisation, pour être parfaite sans marque durable, doit en effet se faire sur un tissu dermique normal, par une prolifération en nappe des éléments épidermiques. L'épithélium se régénère à partir des nombreux îlots que forment glandes et follicules pileux. La confluence de ces îlots régénérateurs donnant un épiderme qui, en quelques semaines, reprend une épaisseur, une coloration et une surface normales.

En quelque sorte, il faut réaliser une lésion identique à celle produite par une brûlure du second degré, ou à la prise d'une greffe dermo-épidermique d'épaisseur moyenne.

DIFFÉRENTES TECHNIQUES UTILISÉES

Parmi toute une série de techniques, nous ne retiendrons que :

L'EXCISION AU RASOIR DE LAGROT

Sous anesthésie générale, on décape la région à traiter, et on étale une fine pellicule de vaseline stérile. Le rasoir de Lagrot est appliqué à plat à la partie supérieure de la lésion ; par un mouvement de va-et-vient, on découpe une mince couche d'épiderme d'épaisseur réglable, suivant la lésion. L'apparition d'un fin piqueté hémorragique indique que l'on a bien obtenu la profondeur désirée.

On applique alors un pansement comprenant une couche de compresses vaselinées ou de tulle gras recouverte d'une couche de compresses stériles.

Après dix à douze jours d'attente sans toucher au pansement, l'épiderme est régénéré laissant une surface pigmentée en rose plus ou moins foncé, qui s'atténue en quelques semaines pour disparaître en deux à trois mois.

Cette technique est essentiellement utilisée dans les cas de naevi pigmentaires ou pileux s'étendant sur une grande surface.

LE PONÇAGE PROPREMENT DIT AU PAPIER DE VERRE

Dans ce cas, l'anesthésie locale a retenu la faveur des différents auteurs, à la suite des nombreux avantages qu'elle oppose à l'anesthésie générale : notamment au niveau du visage, le pansement ne risque pas d'être souillé par les vomissements qui accompagnent fréquemment les réveils post-anesthésiques ; d'autre part, le malade conscient peut aider par sa mimique l'opérateur en faisant saillir plus ou moins certaines zones de son visage. Enfin, l'adrénaline que l'on peut joindre à la solution anesthésique diminue le saignement et par là même facilite l'abord de la zone à traiter.

Après désinfection, dégraissage de la peau à l'éther, on pratique l'anesthésie locale à l'aide de procaine ou d'un de ses dérivés. Ensuite, à l'aide d'une feuille de papier de verre à grains plus ou moins fins, enroulée sur un rouleau résistant, on frotte doucement jusqu'à l'apparition d'une fine rosée sanglante. On applique alors le pansement dont nous verrons ultérieurement les différentes compositions.

La cicatrisation se fait le plus souvent avec une plus grande rapidité que dans le cas précédent. C'est ainsi qu'en six à dix jours on peut enlever le premier pansement.

PONÇAGE A LA BROSSE MÉTALLIQUE

La technique se rapproche de la précédente, mais on remplace le papier de verre par une petite brosse métallique qui permet un mordant plus fort ; cette brosse est animée d'un mouvement de rotation autour d'un axe lui-même mû par un moteur électrique du genre tour de dentiste. Toutefois, lorsque l'on traite une surface de peau mobile, telle la paupière, on risque d'arracher la peau qui se laisse trop facilement entraîner par la brosse.

LE SCLÉRO-GRATTAGE

Ce procédé est avant tout utilisé dans le traitement des angiômes.

Dans la première partie de l'intervention, on pratique, soit un ponçage tel celui envisagé précédemment, soit un « grattage » obtenu, après anesthésie locale, avec un bistouri tenu perpendiculairement à la peau et animé de mouvements de va-et-vient. Par suite de la légère pression effectuée sur le bistouri, on réussit à mettre à nu la partie profonde de l'épiderme.

Dans le deuxième temps, on applique le sclérosant :

- solution de nitrate d'argent à 1 %,
- solution d'acide tanique à 1 %,
- solution de permanganate de potassium,
- solution de salicylate de soude.

Ce sclérosant a pour but de blanchir la surface cruentée qui dans le cas d'angiômes présente une quantité innombrable de petits capillaires.

ASSOCIATION D'UN PONÇAGE A L'EXÉRÈSE AU BISTOURI, SUIVIE DE SUTURE FINE

Cette technique s'adresse surtout aux tatouages dits « artistiques » qui présentent à côté d'une pigmentation superficielle facilement accessible au papier de verre, de petites zones très enchâssées dans le derme.

LE PONÇAGE AU PAPIER DE VERRE MONTÉ SUR UN TOUR DE DENTISTE

C'est la technique que nous avons utilisée dans les observations qui vont suivre.

Le papier de verre est choisi parmi les numéros les plus fins ; on le taille en petites pastilles de deux à deux centimètres et demi de diamètre. Celles-ci sont fixées sur un axe tenu grâce à une pièce à main réunie par l'intermédiaire d'un flexible à un moteur électrique. Une pédale couplée avec un rhéostat permet de régler la vitesse de rotation de zéro à cinq mille tours.

TECHNIQUE PARTICULIÈRE

On désinfecte la peau à l'aide d'alcool iodé ou d'un produit antiseptique, tels les ammoniums quaternaires, de façon à décaper la peau.

On agit sur de petites surfaces à la fois.

On utilise pour l'anesthésie locale le chlorhydrate de diethylamino 2-6-diméthyl acétanilide avec ou sans adrénaline (xylocaïne).

On ne fait pas de ponçage trop long, car par suite de l'échauffement, on risquerait de provoquer des brûlures.

On peut sans inconvénient revenir plusieurs fois sur la même lésion.

On peut sans risque poncer une lésion pileuse étant donné, comme nous l'avons vu précédemment dans le principe de la méthode, que l'on respecte toujours les follicules pileux.

On fera varier la vitesse de rotation du tour électrique en l'augmentant d'autant plus que la lésion est plus profonde.

On arrose fréquemment de sérum physiologique ce qui a pour but de refroidir la surface cruentée, et d'enlever les particules d'émeri.

LE PANSEMENT

Quelle que soit la technique, le pansement est relativement le même.

Après avoir épongé la fine rosée sanglante, on applique un tulle gras stérile recouvert d'une couche de compresses sèches. Ce pansement ne sera pas enlevé avant huit à dix jours. Un pansement sec sera alors le plus souvent suffisant.

Une petite pigmentation rosée subsistera alors, mais elle s'atténuera pour disparaître complètement en quelques semaines.

Pour ce qui est du scléro-grattage, nous avons envisagé plus haut en quoi consiste le pansement.

S'il s'agit du traitement d'une cicatrice cheloïdienne, on a alors avantage à appliquer sur la surface cruentée, sitôt l'intervention finie, et même après le début de la cicatrisation, une pellicule de pommade à l'hydrocortisone à 1 %. Parfois même, une injection *in situ* d'hydrocortisone est nécessaire.

INCONVÉNIENT DE LA MÉTHODE

En utilisant le papier de verre, on pourrait risquer l'apparition de granulômes formés autour de petits grains d'émeri se détachant du papier. Il est facile, nous l'avons vu plus haut, d'y remédier, en arrosant la plaie avec du sérum physiologique.

INCIDENTS

Ponçage trop superficiel : Après cicatrisation, la zone pigmentée réapparaît.

Ponçage trop profond : Il y a alors destruction de tous les éléments épidermiques avec lésions identiques à celles provoquées par une brûlure du troisième degré. La cicatrisation se fait alors par seconde intervention, suivie de cicatrice résiduelle indélébile.

L'expérience nous a montré cependant que sur les zones pileuses, on peut se permettre un ponçage plus profond.

INDICATIONS

Les indications de la méthode sont multiples, mais seules pourront être traitées les lésions très superficielles ; c'est-à-dire, celles qui ne s'étendent pas plus profondément que les plus profonds des éléments épidermiques.

Sans quoi :

— ou bien l'abrasion sera effectuée comme elle doit l'être et il restera des lésions plus profondes (on peut cependant, dans ces cas, avoir une amélioration nette) ;

— ou bien l'abrasion aura bien enlevé toute la lésion, mais la cicatrisation se fera par seconde intervention, par prolifération centripète de l'épiderme avec cicatrice indélébile.

On peut donc réaliser par cette méthode l'ablation de lésions dermiques superficielles telles que certains naevi ou angiômes plans, certaines marques cicatricielles, et en particulier les tatouages résultant de l'inclusion de particules colorées à la suite de plaies superficielles souillées de terre ou de goudron.

On peut aussi régulariser une surface cutanée rendue irrégulière tomenteuse ou sillonnée de dépressions. Le ponçage permet en effet d'aplanir le derme et de laisser l'épiderme recouvrir cette surface aplanie ; c'est d'ailleurs ce qui fait parfois donner à la méthode le nom de « Planning ».

On voit donc la multiplicité des indications possibles qui peuvent d'ailleurs être classées d'après Ch. REIN de New-York de la façon suivante :

LÉSIONS EN CREUX

Cicatrices :

- d'acné nécrotique,
- de variole,
- de varicelle.

Cicatrices de lupus érythémateux fixé.

Cicatrices post-traumatiques, série dans laquelle nous incluerons les cicatrices séquelles de toutes interventions chirurgicales.

Cicatrices de brûlures.

Tatouages :

- dits artistiques qui nécessitent, nous l'avons vu, en plus du ponçage, une excision au bistouri, des points les plus enchâssés dans le derme,
- traumatiques.

LÉSIONS PLANES

Lésions vasculaires :

- angiômes plans,
- rhinophyma.

Les troubles de la pigmentation :

- naevi pigmentaires superficiels de teinte claire,
- taches de rousseur,
- pigmentations localisées ou diffuses,
- mélanoses,
- masque de grossesse.

LÉSIONS SAILLANTES

Naevi :

- pigmentaires et pileux,
- véruqueux.

Kératose sénile ou séborréique.

Adénomes sébacés.

Nodules fibreux.

Lichenification.

Chéloïdes, en retenant la difficulté de traitement d'une telle lésion à grande tendance récidivante.

Pour notre part, ayant eu à traiter des malades de la consultation de chirurgie, nous nous sommes adressés à une majorité de lésions traumatiques puisque, sur nos vingt-six cas, nous avons dix cicatrices et neuf tatouages traumatiques ou dits artistiques.

OBSERVATIONS

Dans ce travail, nous avons réuni vingt-six observations qui, nous l'avons vu, groupent avant tout des malades porteurs de traumatismes cutanés.

Nous avons, en effet, traité :

- 10 malades porteurs de cicatrices,
- 7 — — de tatouages traumatiques ou dits artistiques,
- 3 — — de cicatrices d'acné,
- 3 — — de naevus,
- 1 — — d'un angiôme,
- 1 — — d'un rhinophyma,
- 1 — présentant des vergetures abdominales.

LES CICATRICES

Observation n° 1 : M^{lle} F... Andrée, 20 ans.

- 22-9-1954 Cheloïde de la région deltoïdienne gauche après vaccination au B. C. G. en 1953.
- C. R. O. On décide d'effectuer un ponçage sur une partie de la lésion avec pansement à la pommade à l'hydrocortisone. Sur l'autre partie, on pratique une injection *in situ* d'hydrocortisone.
- 20-10-1954 Bon état de la zone poncée. Le résultat est très nettement supérieur à celui obtenu là où il n'y a eu que l'injection d'hydrocortisone.

Observation n° 2 : M^{me} G... Lucienne, 30 ans.

- 10-6-1954 Cicatrice de griffure de l'enfance au niveau du visage.
- C. R. O. Ponçage suivi d'exérèse et de suture fine de chaque cicatrice.
- 18-6-1954 Ablation du pansement. Etat satisfaisant.
- 23-6-1954 Amélioration sensible de l'aspect du visage. La malade sera à revoir ultérieurement pour apprécier s'il est nécessaire de réintervenir.

Observation n° 3 : M^{lle} Y...

Cheloïdes très importantes de la face et du cou, séquelles de brûlures de tout le visage. La malade a déjà été opérée en 1953 par plastie faciale et greffes dermo-épidermiques.

- 14-10-1954 Ponçage des cheloïdes cervicales du décolleté. Pansement à la pommade à l'hydrocortisone. Injection intra-dermique d'hydrocortisone.
- 20-10-1954 Plaie à évolution normale. Cependant on note déjà un aspect faisant songer à la récédive.

Observation n° 4 : M^{me} P..., 28 ans.

Cicatrices consécutives à un accident d'auto datant du mois d'août 1954 et siégeant :

- au niveau de la joue gauche,
- — de la région temporo-frontale gauche,
- — de l'aile du nez gauche.

- 8-10-1954 Ponçage des cicatrices hypertrophiques de la joue, de la région C. R. O. temporale et de l'arcade sourcilière gauche.
- 13-10-1954 Ablation du pansement. Très bon état. La malade doit revenir pour un deuxième temps.

Observation n° 5 : M^{me} B... Renée, 41 ans.

Cicatrice vicieuse de la lèvre supérieure.

- 21-5-1954 Electro-coagulation de deux bourrelets saillants sur la muqueuse
C. R. O. de la lèvre supérieure.
Ponçage de la zone cutanée.
- 5-10-1955 Disparition complète de l'excroissance au niveau de la partie
muqueuse.
Il persiste un très léger bourrelet au niveau de la zone poncée.
La pigmentation est absolument normale au niveau des téguments.

Observation n° 6 : M. C... Raymond.

Cicatrices de la face consécutives à un accident d'auto en 1953.

- 8-3-1954 Ponçage au tour électrique de toutes les cicatrices de la face.
C. R. O.
- 13-3-1954 Ablation du pansement ; les zones poncées sont presque complè-
tement cicatrisées. L'amélioration est notable.
- 15-4-1954 Le résultat est très satisfaisant.
Il reste cependant à faire une retouche sous forme d'exérèse, suivie
de suture fine sur une cicatrice résiduelle du nez et de la jonction
nasogénienne.
- 3-5-1954 On pratique cette exérèse.
- 20-11-1954 Devant l'amélioration considérable on décide de ne rien pratiquer
d'autre.
- 3-10-1955 Très bon état. Très nette amélioration.

Observation n° 7 : M. C... Bernard, 42 ans.

- 9-6-1955 Accident de bicyclette à l'âge de vingt ans. Zone cicatricielle avec
de petits sillons et une élévation scléreuse.
- 20-6-1955 On décide de pratiquer un ponçage suivi d'exérèse et de suture fine.
C. R. O. Ponçage.
Le résultat paraissant satisfaisant, on ne pratique pas l'exérèse.
- 24-7-1955 Disparition quasi complète de toutes traces de cicatrices.

Observation n° 8 : M^{me} F... Ida, 42 ans.

- 22-6-1955 Cicatrice de la joue droite depuis l'âge de vingt-neuf ans. Apparition,
le mois précédant la consultation, d'une tuméfaction, on décide
l'exérèse esthétique mais large.

- 23-6-1955 Exérèse d'une petite tumeur. Trois points de catgut profonds.
C. R. O. Surjet au nyloncé sur la peau.
6-7-1955 Etat satisfaisant de la cicatrice.
Oct. 1955 Ponçage de la cicatrice résiduelle.
15-11-1955 Etat très satisfaisant.

Observation n° 9 : M^{lle} K... Liliane, 18 ans.

Cicatrice cheloïdienne du nez à la suite de l'explosion d'un compresseur qui entraîna une projection importante d'huile bouillante.

- 8-10-1954 Ponçage des cheloïdes du nez. Pansement avec pommade à l'hydro-
C. R. O. cortisone.
20-10-1954 Disparition de l'élevure de l'épine nasale ; coloration des téguments.
6-10-1955 Disparition totale de la petite bosse de l'épine nasale. Les téguments
ont repris alors une teinte absolument normale.

Observation n° 10 : M^{lle} K..., 19 ans.

Même observation que précédemment. Victime du même accident, mêmes lésions, même traitement.

- 5-10-1955 Disparition complète de toute trace de brûlure.

LES TATOUAGES

Observation n° 11 : M. F... Mesmin, 25 ans.

Tatouage de l'avant-bras gauche.

- 15-10-1953 Abrasion au papier de verre du tatouage. On complète l'intervention
en excisant au ciseau les points les plus profonds ; il reste cependant,
quelques points pigmentés plus enchâssés, que l'on laisse, pour ne
pas faire trop de dégâts.
10-12-1953 Le résultat est satisfaisant, cependant, les points les plus profonds
se voient encore.

Observation n° 12 : M. L... Pierre, 27 ans.

Tatouages dits « artistiques » au niveau des deux avant-bras.

- 20-1-1955 Ponçage et exérèse au bistouri des points les plus profonds.
26-1-1955 Etat satisfaisant.
10-4-1955 Nouveau ponçage suivi d'excision au bistouri.

- 17-4-1955 Très bon état. Disparition complète des points les plus profondément inclus.
Toute la surface traitée reste cependant légèrement plus claire que les tissus périphériques.

Observation n° 13 : M. B... Chedly, 36 ans.

Tatouage au niveau des deux régions temporales (trois points en triangle).

- 17-9-1954 Ponçage suivi d'exérèse au bistouri de chaque point du tatouage.
C. R. O. On fait quelques points de suture fine sur les zones où l'excision est particulièrement profonde.
23-9-1954 Très bon état.
22-10-1954 Disparition totale de toute trace de tatouage.

Observation n° 14 : M^{me} N...

- 4-6-1955 Accident de voiture il y a quatre mois. Il en résulte : cicatrisation, mais avec un tatouage traumatique au goudron.
A l'examen, on note une tache pigmentée de la taille d'une pièce de 5 francs. A la partie centrale, on observe une autre tache plus foncée, vallonnée, de la taille d'une pièce de 1 franc environ.
5-6-1955 Abrasion superficielle par ponçage.
C. R. O.
16-6-1955 Ablation complète du pansement. Très bon état. Cicatrisation complète. Aspect rose des téguments.
29-6-1955 La peau a une teinte sensiblement normale ; il persiste cependant une légère pigmentation plus nette à la périphérie. Un second ponçage sera nécessaire pour faire disparaître totalement cette pigmentation qui est très superficielle.

Observation n° 15 : M. F... Adolphe, 29 ans.

Tatouage traumatique de la face à la suite de l'explosion d'un haut fourneau. Toute la face est atteinte, mais surtout le front, le nez, la joue gauche. L'œil est perdu par opacification de la cornée.

- 1-5-1954 Ponçage sur le nez et la joue gauche ; certaines particules colorées
C. R. O. sont très profondément incluses, de sorte qu'il est impossible d'en pratiquer l'exérèse sans risquer l'apparition d'une cicatrice indélébile.
23-5-1954 Cicatrisation complète. On note une amélioration certaine, cependant il reste une pigmentation importante ; comme on ne peut promettre un résultat net, le malade préfère en rester là.

Observation n° 16 : M^{me} N... Duy Lien.

Coloration noirâtre de la joue gauche depuis l'enfance. Plusieurs tentatives chirurgicales ont, jusqu'alors, apporté un échec. On décide d'essayer le ponçage sur une petite surface.

30-10-1953 Ponçage de la région temporale. On effectue également un prélèvement pour examen histologique.
C. R. O.

10-11-1953 La cicatrisation est totale, le tatouage cependant n'est que peu atténué. Il persiste de petites zones où la pigmentation est trop profonde.

10-12-1953 Nouveau ponçage auquel on associe une exérèse au bistouri suivie de suture fine.

18-12-1953 Très nette amélioration.

Examen histologique : Epiderme d'épaisseur normale avec surcharge mélanique de la couche basale. Dans le derme superficiel, on note des inclusions bi-réfringentes qui semblent cristallisées. Pas de disposition semblable à la tache mongolique. On conclue à l'existence d'un tatouage traumatique de l'enfance.

Observation n° 17 : M^{me} B... Jeanne, 29 ans.

Tatouage volontaire à l'âge de dix-sept ans prolongeant en dehors la ligne des sourcils. Il faut noter une tentative d'ablation à l'électrolyse ; mais il persistait une tache blanchâtre.

4-6-1954 Ponçage du tatouage gauche.
C. R. O.

12-6-1954 Etat très satisfaisant. On décide d'effectuer l'autre ponçage.

16-7-1954 Très bon résultat. On aurait cependant intérêt à revenir sur le tatouage gauche.

CICATRICES D'ACNÉ

Observation n° 18 : D^r G... Raymond.

Cicatrices d'acné nécrotique du visage.

2-5-1954 Ponçage de la région temporale gauche.
C. R. O.

10-5-1954 Cicatrisation presque complète.

27-5-1954 Petite amélioration. Le résultat cependant paraît discutable. On décide de s'en tenir là.

Observation n° 19 : M. R... Antoine, 39 ans.

Variole à l'âge de quatre ans.

10-1-1955 Abrasion superficielle par ponçage sur toute la région frontale.
C. R. O.

15-1-1955 L'amélioration est considérable.

24-1-1955 Ponçage de la région nasale et des deux joues.
C. R. O.

5-2-1955 Très grosse amélioration.

11-2-1955 Ponçage de la partie inférieure du visage (menton et parties inférieures des deux joues).

22-2-1955 Dans l'ensemble, l'amélioration est indiscutable. On pourra cependant envisager dans quelques mois la possibilité de réintervenir par ponçage.

Observation n° 20 : M^{lle} H... Françoise, 29 ans.

Cicatrices d'acné nécrotique de la face.

10-4-1954 Ponçage au tour électrique de la région frontale.
C. R. O.

29-5-1954 Le résultat est très encourageant. On décide de continuer.

4-6-1954 Ponçage de la joue gauche.

18-6-1954 Amélioration très certaine.

14-11-1955 Très nette amélioration, cependant quelques petites cicatrices plus profondes se voient encore.

NAEVUS ET TROUBLES PIGMENTAIRES SUPERFICIELS

Observation n° 21 : M^{lle} T... Jeanine, 28 ans.

Pigmentation de la paupière inférieure gauche de la taille d'une pièce de 1 franc.

11-3-1954 Ponçage.

24-3-1954 Il persiste une certaine pigmentation. Il est cependant difficile de juger s'il s'agit de la cicatrice du ponçage ou de la persistance de l'état pré-opératoire.

11-2-1955 Nouveau ponçage.

28-2-1955 Disparition complète de la lésion.

Observation n° 22 : Mme H... Fernande, 28 ans.

Naevus pileux, pigmentaires et vèruqueux du bras gauche occupant une surface ovale de 10 centimètres de haut sur 5 de large.

30-11-1954 Abrasion superficielle au rasoir de Lagrot du naevus.

13-4-1955 Disparition de la pigmentation. La surface occupée par le naevus est maintenant plane et lisse. Cependant, il persiste deux ou trois petits points colorés, reliquat du naevus ancien. Une exérèse au bistouri suivie de suture fine est alors envisagée.

On conseille cependant à la malade d'attendre plusieurs mois avant de prendre la décision.

Observation n° 23 : M^{lle} M... Maya, 20 ans.

Naevus vèruqueux de la joue droite présentant par intermittence un gonflement. Cliniquement, on pense à un lymphangiôme diffus.

8-3-1954 Ponçage au tour électrique du naevus situé au niveau de la commissure buccale droite. Quelques petites élevures semblent persister à la fin du ponçage.

11-3-1954 Ablation du pansement. La cicatrisation est presque complète. Les élevures cutanées sont à peu près inapparentes.

25-3-1954 Réapparition des petites élevures. On décide de pratiquer un nouveau ponçage, mais dans un temps plus reculé.

27-10-1955 Nette diminution de la tâche pigmentée. Le résultat ne paraît pas suffisamment satisfaisant à la malade pour tenter le deuxième temps opératoire.

ANGIOMES

Observation n° 24 : M^{lle} L... Odette.

Tache angiômateuse plane du cou et de la joue gauche. Plusieurs traitements ont déjà été tenté :

— neige carbonique : aucun résultat,

— traitement électrique : très légère amélioration.

4-2-1955 Tentative de ponçage sur une faible étendue de la région pré-auriculaire.

15-2-1955 La cicatrisation est encore incomplète.

22-2-1955 Cicatrisation complète.

4-6-1955 L'amélioration est nette, la peau n'est plus violette, elle est lisse, seulement encore un peu rosée. La malade désire faire effectuer le ponçage sur toute la zone angiômateuse.

RHINOPHYMA

Observation n° 25 : M^{me} T... Joséphine, 53 ans.

Rhinophyma peu important. Un pelage suivi de greffe cutanée ne semble pas nécessaire. L'abrasion superficielle par ponçage semble plus indiquée.

8-10-1953 Ponçage au papier de verre.

14-11-1953 Cicatrisation complète ; teinte encore rosée des téguments.

6-2-1954 Nez d'aspect normal, téguments légèrement teintés en excès mais ceci d'une façon uniforme.

VERGETURE

Observation n° 26 : M^{me} S... Gisèle, 23 ans.

Vergetures abdominales très marquées. On décide d'essayer un traitement par ponçage au papier de verre.

28-1-1954 Ponçage limité.

10-2-1954 Il semble y avoir une amélioration.

10-3-1954 Le résultat paraît assez satisfaisant pour justifier un nouvel essai.

CONCLUSION

Nous venons d'examiner vingt-six observations. Parmi celles-ci, nous avons obtenu :

- 13 bons résultats,
- 9 améliorations,
- 3 résultats douteux,
- 1 échec.

Les bons résultats ont été obtenu avant tout, dans le traitement des cicatrices, de certains naevi, d'un angiôme et d'un rhinophyma. En effet, pour obtenir un résultat satisfaisant, il faut s'adresser à des lésions qui n'intéressent que la partie superficielle des couches dermiques. C'est précisément ce qui est réalisé dans les treize cas envisagés plus haut.

Les neuf observations montrant une amélioration groupent les tatouages, qu'ils soient dits « artistiques » ou *a fortiori* traumatiques. En effet, dans de telles lésions, à l'occasion du traumatisme, certaines particules colorées se trouvent très profondément incluses jusque dans les couches les plus profondes du derme, là où on ne peut les atteindre qu'en détruisant les cellules à partir desquelles peut se faire une régénération normale.

Les résultats douteux ont été obtenu chez deux malades atteints de cicatrices d'acné nécrotique et chez un malade atteint d'un tatouage traumatique provoqué par la projection sous pression de particules colorées portées à l'incandescence. Dans ces trois cas, les lésions dépassaient en profondeur la limite permise par le ponçage.

Enfin, nous avons eu un échec dans le traitement de cicatrices cheloïdiennes chez une malade qui avait déjà subi de multiples interventions chirurgicales réparatrices, et qui présentait une tendance extraordinaire à la récurrence des chéloïdes.

Après examen de ces vingt-six observations, nous voyons donc les indications multiples de cette méthode ; il ne faut cependant pas oublier que seules les lésions qui ne s'étendent pas plus profondément que les plus profonds des éléments épidermiques, sont justifiables de l'abrasion superficielle ou ponçage.

Vu le Président de Thèse :

Professeur R. DEGOS

Vu le Doyen :

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

PRESTON C. IVERSON M.D.

- « Surgical Removal of Traumatic tattoos of the Face ».
Plastic and Reconstructive Surgery, Sept. 1947. Vol. 2. P. 427.
- « Further Development in the treatment of skin lesion by surgical abrasion ».
Plastic and Reconstructive Surgery, July 1953. Vol. 12. P. 27.

J. EASTMAN SHEEMAN M.D. and WILSON A. SWANKER M.D.

- « Obliteration of scars by shaving ».
Plastic and Reconstructive Surgery, August 1950. Vol. 6. P. 153.

M. F. VERDIER, présenté par R. DEGOS

- « Traitement des angiômes plans par scléro-grattage ».
Société française de Dermatologie et de Vénérologie. Séance du 11 décembre 1952. P. 463.

M. Ch. GRUPPER

- « Technique et indications du Traitement Plastique Aplanisant en Dermatologie ».
Société française de Dermatologie et de Vénérologie. Séance du 12 novembre 1954. P. 429 et 430.

Léon DUFOURMENTEL

- « La décortication cutanée dans les dermatoses de surface. Application aux naevi pigmentaires ».
Presse médicale, 24 juin 1953. P. 917.

D. D. DEXTER M.D.

- « Most Promising Dermatological Development in Scar Surgery ».
Nassau country medical society, Nov. 1953. Vol. 26, n° 10.

M. C. EVITT W.G.

- « Treatment of Acne Pits by Abrasion with sand paper ».
J.A.M.A., March 1950, 147. P. 647-648.

ABNER KURTIN M.D.

- « New technic for treatment of acne scars and other skin defects ».
A.M.A. archives of dermatology and syphilology, Oct. 1953. Vol. 68.
P. 389-397.

